

## **EINVERSTÄNDNISERKÄRUNG FÜR IMPLANTATBEHANDLUNG**

(verpflichtet nicht zur Implantation, bestätigt nur die Aufklärung)

für Frau/Herrn

**Herr/Frau Zahnarzt .....**hat heute mit mir anhand der Ergebnisse der

Untersuchung ein Aufklärungsgespräch geführt. Es wurden nachfolgend genannte schriftliche und mündliche **Befunde und Unterlagen sowie die Röntgenbilder** etc. zugrunde gelegt: zutreffend unterstreichen.

HIV, Hepatitis, Marcumar, Aspirin, Schwangerschaft, Osteoporose, Raucher, Zähneknirschen

Nach einer eingehenden Erläuterung meiner Befunde im Zahn-, Mund- und Kieferbereich wurde mir der Umfang, Hergang, die allgemeinen und besonderen Risiken der geplanten Behandlung, der damit angestrebte Zweck sowie mögliche Nebenfolgen bzw. Komplikationen auch in Bezug auf den von mir ausgeübten Beruf in für mich verständlicher Form geschildert.

**Implantattyp und Implantationsort:**

**geplanter Zahnersatz:**

**Risiken/Nebenwirkungen der geplanten Behandlung:**

**geschätzte Kosten oder Festpreis:** nur für die Implantation ohne darauf zu befestigender Zahnersatz, dieser wird in einem separaten Voranschlag bezeichnet.

Der Festpreis für ein eventuell notwendiges Langzeitprovisorium beträgt:

Der zeitliche Gesamtaufwand und die damit verbundenen körperlichen und sonstigen Beeinträchtigungen für die Implantateinheilung sowie der Versorgung mit Zahnersatz wurde mit mir besprochen.

**Mir ist bekannt, dass der Arzt und seine Mitarbeiter eine Garantie für den Eintritt des gewünschten Erfolgs der Behandlung nicht übernehmen können.**

Der Zahnarzt gibt eine Geld zurück Garantie für den Misserfolg : ja    nein

**Behandlungsalternativen:**

**Nebenwirkungen:**

**geschätzte Kosten:**

-Seite2-

Unter Abwägung der Behandlungsalternativen habe ich mich für den vorgesehenen Eingriff entschieden. Ich erkläre mich darüber hinaus mit notwendigen Abänderungen oder Erweiterungen des Eingriffs, die trotz sorgfältiger präoperativer Diagnostik in seltenen Fällen nicht vorhersehbar sind, einverstanden.

Die absehbaren Gesamtkosten des Eingriffs wurden mir mitgeteilt. Die Implantologie und die damit in Zusammenhang stehenden Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der kassenzahnärztlichen Versorgung. Deswegen werden alle in diesem Zusammenhang anfallenden Leistungen (Untersuchung, Wundkontrolle, etc.) nach der jeweiligen Gebührenordnung (GOZ/GOA) berechnet und von mir selbst bezahlt.

Ich bestätige, dass ich ausreichend Zeit hatte, alle mich interessierenden Fragen zu stellen sowie meine Entscheidung über die Zustimmung zu dem Eingriff zu treffen. Diesem Eingriff stimme ich hiermit zu.

Ich bin damit einverstanden, dass ich zur Implantatkontrolle in regelmäßigen Abständen benachrichtigt werde und erkläre meine Bereitschaft, diese Termine wahrzunehmen. Mir ist bekannt, dass eine regelmäßige Reinigung der Implantate und eine professionelle Implantatkontrolle für den Erhalt der Implantate von erheblicher Bedeutung sind.

Bei außerordentlichen Ereignissen nach der Implantation werde ich sofort meinen Behandler verständigen. Dazu erhalte ich eine persönliche Telefonnummer.

Privatversicherte erhalten eine ordentliche Rechnung nach GOZ GOÄ. Es kann jedoch bei der Vielfalt der Versicherungsverträge nicht die vollständige Erstattung durch die Versicherung zugesichert werden. Der Patient hat sich dazu im Vorhinein selbst zu vergewissern und erhält von uns auf Wunsch einen Kostenvoranschlag zum Einreichen bei seiner Privatkasse.

Der Patient bestätigt die schriftlichen allgemeinen Informationen gelesen und verstanden zu haben.

### **ERGÄNZUNGEN:**

Ort, Datum

aufklärender Arzt/Zahnarzt

Unterschrift des Patienten bzw.  
des gesetzlichen Vertreters

## **Vereinbarung der Vergütungshöhe nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte**

Abweichend von der Gebührenordnung für Zahnärzte wird die Vergütung der nachfolgenden Leistungen mit einem den 3,5-fachen Steigerungssatz übersteigenden Faktor vereinbart. Diese Vereinbarung ist das Ergebnis unseres Beratungsgesprächs.

Leistungen:

Eine Erstattung der den 3,5-fachen Steigerungssatz übersteigenden Vergütung durch die Erstattungsstelle/Zusatzversicherung ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Der Zahlungspflichtige bestätigt, eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

Ort, Datum      Unterschrift des Zahnarztes:                      Unterschrift des Patienten:

### **Allgemeine Aufklärung über Nebenwirkungen und Gegenanzeigen Implantate**

Sollten einzelne zutreffende Punkte nicht besprochen worden sein bitte nachfragen:

#### ***Absolute . Gegenanzeigen (Kontraindikationen)***

Vor, während oder nach Bestrahlungstherapie und/oder malignen Erkrankungen  
Psychische Erkrankungen, Schmerzsyndrome  
Unkompensierter Diabetes oder andere unkompenzierte systemische Erkrankungen  
Mangelhafte Mundhygiene, mangelhafte Compliance (Verständnis)  
Allergien gegen Implantatbestandteile und/oder Titan  
Laufende und frühere Therapie mit Bisphosphonaten

#### ***Relative Gegenanzeigen***

Diabetes, Bruxismus, Allergien, Schwangerschaft  
Alkohol- und Drogenmissbrauch, Rauchen  
Vorbestrahlter Knochen, Therapie mit Anticoagulantien, Kiefergelenkerkrankungen, Wurzelreste, Paradontitis  
Geringes Knochenangebot: Insbesondere in vertikaler Dimension und/oder bei drohender, unmittelbarer Nähe von gefährdeten Strukturen (Nerv, Kieferhöhle, u.a.)

#### ***Bekannte Nebenwirkungen sehr selten.:***

Schmerzen, Schwellung, Sprechschwierigkeiten und Entzündungen der Gingiva.  
Länger anhaltende Beschwerden.

Auch bei einem ordnungsgemäßen chirurgischen und prothetischen Vorgehen ist, möglicherweise mit Knochenabbau und auch Zahnfleischrückgang zu rechnen. Art und Umfang des Knochenverlusts sind nicht vorhersehbar. Chronische Schmerzen in Verbindung mit Dentalimplantaten wurden beschrieben. Kommen Implantate in der Nähe von besonderen Strukturen zu liegen Nerven, Kieferhöhle, Nachbarzähne kann es zu einer reversiblen oder irreversiblen Beeinträchtigung dieser Strukturen kommen. In unserer Praxis wurde noch kein Nerv irreversibel geschädigt seit Beginn der Implantationen 1986.

Zum Schutz vor Infektionen wird eine Antibiotikaphylaxe Spülungen und Salbe empfohlen.  
Bitte mit daran denken diese verschreiben zu lassen.

Kommt es nicht zur Annahme durch den Knochen des Implantats ist mit dem Ausbau des Implantats zu rechnen.

#### ***öfter vorkommende: Nebenwirkungen***

Vorübergehende Beschwerden, Druckgefühl bis zu 24 Stunden im operierten Bereich.